**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO NOTORIO IN ORDINE AL REQUISITI SOGGETTIVI DI ACCREDITAMENTO del SOGGETTO GESTORE (D.G.R. N.2569 DEL 31/10/2014)**

 **(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46 e 47)**

Il/La sottoscritt\_ cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di Legale Rappresentante del seguente Ente: denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, avente sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Partita IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, costituito con atto (estremi dell’atto costitutivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale (specificare ragione sociale, Srl, SPA, Cooperativa Sociale, etc) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

che opera al livello erogativo di:

□ Esercizio

□ Accreditamento

□ Contratto

 **gestore della/delle seguente/i unità di offerta socio sanitaria:**

tipologia\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , (inserire come da elenco sotto riportato) che eroga prestazioni a carattere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare se residenziale/semi residenziale/ ambulatoriale/ domiciliare):

denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ubicata nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (per ADI indicare solo sede regionale) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 **(da ripetere se gestore di più unità di offerta)**

 ***ai sensi dell’art. 46 e 47 del D.P.R. n°445 del 28.12.2000 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali e decadenze dai benefici eventualmente conseguiti previste ex artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R per le ipotesi di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o uso degli stessi***

**D I C H I A R A**

* Di essere incaricato a ricoprire la funzione di Legale Rappresentante con deliberazione numero………….. del ………………………….. , approvata dal Consiglio di Amministrazione/Indirizzo;

**D I C H I A R A**

**Il possesso dei requisiti soggettivi in capo al Soggetto Gestore**

 **(solo per Ente gestore titolare di accreditamento)**

* **PERSONALITA’ GIURIDICA di natura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (pubblica/privata) mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (inserire estremi atto costitutivo e di iscrizione nello specifico registro imprese/ registro persone giuridiche private);
* **AFFIDABILITA’ ECONOMICA E FINANZIARIA, previsti dalla d.g.r. n. 2569 del 31/10/2014 come di seguito indicato:**
	+ Presenza di un Organo di Controllo economico ………………………..…………… (indicare se Collegio Sindacale o Revisore Contabile), composto dai seguenti professionisti: ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………… (indicare nome, cognome, qualifica e estremi iscrizione al Registro dei Revisori Contabili);
* **APPLICAZIONE DEL D. LGS N. 231/2001** in quanto unità di offerta residenziale con capacità ricettiva pari o superiore a 80 posti o in quanto gestore di unità d’offerta con capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario pari o superiore a € 800.000,00 annui a carico del fondo sanitario regionale lombardo;

**oppure**

* **NON APPLICAZIONE DEL D. LGS N. 231/2001** in quanto unità di offerta residenziale con capacità ricettiva inferiore a 80 posti letto e in quanto gestore di unità d’offerta con capacità contrattuale complessiva in ambito sociosanitario inferiore a € 800.000,00 annui a carico del fondo sanitario regionale lombardo;

**inoltre D I C H I A R A**

**Il possesso dei requisiti soggettivi in capo al Soggetto Gestore**

 **(solo per Ente gestore accreditato e a contratto)**

* di non trovarsi in alcuna delle cause di esclusione di cui all’art. 80 D.Lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici)

**A L L E G A**

* copia del documento di identità del legale rappresentante in corso di validità
* **DOCUMENTAZIONE ANTIMAFIA**
* Autocertificazione della comunicazione antimafia del Legale Rappresentante e di tutti i soggetti di cui al Libro II del D.lgs 159/2011;

oppure, solo per Enti gestori con contratti superiori a 150.000 Euro

* Dichiarazione sostitutiva del certificazione di iscrizione CCIA o alla Prefettura
* Dichiarazione sostitutiva dei famigliari maggiorenni conviventi
* **RELAZIONE SULL’ULTIMO BILANCIO APPROVATO**

 **( a valere per Enti Gestori accreditati ed Enti gestori con contratto in essere )**

* **DOCUMENTAZIONE APPALTI**

**(a valere per Enti Gestori con contratto in essere)**

* dichiarazione sostitutiva del Legale Rappresentante e di tutti i soggetti indicati di insussistenza di cause di esclusione ex art. 80 D.Lgs. n. 50/2016 (Codice dei contratti pubblici)

*Informativa ai sensi dell’art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196: i dati riportati sopra sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente a tale scopo.*

*Il sottoscritto si impegna a comunicare variazione dei dati sopraindicati.*

**LUOGO E DATA TIMBRO E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Elenco tipologie di u.d.o. \*:

* Assistenza domiciliare integrata (con Cure Palliative o senza Cure Palliative)
* Centro diurno integrato per anziani
* Centro diurno per disabili
* Comunità sociosanitaria per disabili
* Consultorio familiare
* Servizio territoriale per le Dipendenze (Sert/Smi)
* Struttura Residenziale per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e Illecite
* Struttura semiresidenziali per assistenza a persone dipendenti da sostanze lecite e illecite
* Hospice
* Residenza sanitario assistenziale per anziani
* Residenza sanitario assistenziale per disabili
* Struttura di riabilitazione

**n.b.: questo foglio non deve essere stampato per l’invio**